Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Actas Urol Esp. 2012;**36(6)**:333–339

Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro

ARTÍCULO ESPECIAL

Variabilidad de la práctica clínica urológica en cáncer de próstata en España

C. Núñez[a,*], J. Angulo[b], M. Sánchez-Chapado[c], S. Alonso[d], J.A. Portillo[e] y H. Villavicencio[f]

[a] *MD Anderson Internacional, Madrid, España*
[b] *Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España*
[c] *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España*
[d] *Departamento Médico, Abbott Laboratories SA, Madrid, España*
[e] *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España*
[f] *Fundació Puigvert, Barcelona, España*

Recibido el 7 de febrero de 2012; aceptado el 14 de febrero de 2012
Disponible en Internet el 21 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE
Cáncer de próstata;
Diagnóstico;
Tratamiento;
Variabilidad clínica;
Paciente;
Profesional médico

Resumen

Objetivos: Explorar la opinión de los urólogos españoles respecto a los principales puntos en el diagnóstico, prevención, calidad de vida y tratamiento del cáncer de próstata.

Material y métodos: Se administró un cuestionario anónimo a 290 especialistas que representan el colectivo profesional urológico involucrado en el manejo del cáncer de próstata en España. En su definición se tuvo en cuenta el grado de experiencia profesional, el ámbito de trabajo, la relación contractual con el paciente y el carácter académico del centro. El análisis estadístico se basó en el estudio de frecuencias relativas para variables cualitativas. La interpretación de resultados se llevó a cabo en 2009-2010 y el informe de emisión final de los mismos en 2011.

Resultados: La tasa de respuesta recogida y correctamente transcrita de los formularios fue del 96,9% (n = 281), lo que supone un 10-15% del colectivo nacional. La mediana de edad fue 47,7 (29-69) años y el 92% fueron hombres. La mediana de experiencia profesional fue 19,1 (1-43) años. Se analizan las respuestas recogidas relativas a 153 cuestiones que tratan: a) cómo se lleva a cabo el diagnóstico de la enfermedad en el entorno de los encuestados; b) las opiniones vertidas acerca de la prevención de la enfermedad; c) el tratamiento de la enfermedad localizada; d) el tratamiento de la enfermedad avanzada; y e) la definición de campos de interés para el profesional.

Conclusión: Esta encuesta demuestra una importante variabilidad en algunos puntos de la práctica clínica con respecto a las recomendaciones de expertos. Pone también en evidencia las principales preocupaciones del profesional, define oportunidades de mejora formativa y detecta necesidades en el colectivo urológico nacional.

© 2012 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cnunez@mdanderson.es (C. Núñez).

0210-4806/$ – see front matter © 2012 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.acuro.2012.02.003

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

KEYWORDS
Prostate cancer;
Diagnosis;
Treatment;
Clinical variability;
Patient;
Medical professional

Variability of the urological clinical practice in prostate cancer in Spain

Abstract

Objectives: Study the opinion of the Spanish urologists regarding the main points in the diagnosis, prevention, quality of life and treatment of prostate cancer.

Material and methods: An anonymous questionnaire was administered to 290 specialists who represented the urological professional group involved in the management of prostate cancer in Spain. The following were considered in their definition: grade of professional experience, work setting, contractual relation with patient and academic character of the center. The statistical analysis was based on the study of relative frequencies for qualitative variables. The results were interpreted in 2009-10 and the final report of them was done in 2011.

Results: Response rate collected and correctly transcribed from the forms was 96.9% (n = 281). This accounts for 10-15% of the national group. Median age was 47.7 (29-69) years and 92% were men. Mean years of professional experience were 19.1 (1-43). Responses collected regarding 153 questions were analyzed. These dealt with: a) How the diagnosis of the disease was carried out in the setting of the surveyed; b) The opinions given on the disease prevention; c) Treatment of the localized treatment; d) Treatment of the advanced disease; and e) The definition of the fields of interest for the professional.

Conclusion: This survey showed important variability in some points of clinical practice in regards to the recommendations of the experts. It also shows the principal concerns of the professional, defines opportunities for training improvements and detects needs in the national urological group.

© 2012 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de próstata es el tumor sólido más frecuente, responsable del 11% de todas las muertes por cáncer, aunque solo el 20% de los hombres que lo padecen fallecen por su causa[1]. Su abordaje clínico se ha modificado en los últimos años por continuos avances relevantes que incluyen aspectos relativos a la prevención y detección de la enfermedad, la minimización del impacto en la calidad de vida del paciente por la enfermedad y su tratamiento, y a la cada vez más compleja toma de decisión entre las numerosas opciones terapéuticas disponibles[2]. Este continuo desarrollo genera una creciente incertidumbre en múltiples aspectos. Además, al urólogo le resulta cada vez más complejo mantener un nivel de conocimientos y competencias suficientemente actualizadas en su práctica clínica, de forma que se garantice a cada paciente una atención sanitaria adecuada a las últimas evidencias y alternativas disponibles[3].

Nos guste o no, el abordaje real del cáncer de próstata en España en la actualidad está sometido a una importante variabilidad de criterios profesionales y de prácticas clínicas no bien evaluadas, cuya existencia merece una consideración especial y una profunda reflexión corporativa del colectivo urológico. Con el fin de explorar el perfil de competencias profesionales y de hábitos clínicos en el manejo del cáncer de próstata en la práctica habitual urológica, y de identificar posibles oportunidades de mejora en este ámbito (divulgación, formación, capacitación, dotación instrumental, optimización de la relación médico-paciente), se ha llevado a cabo una encuesta planteada a una porción representativa del colectivo urológico de nuestro país, que aborda los aspectos más controvertidos de la enfermedad y algunas de las prácticas más sujetas a variabilidad en el abordaje de la enfermedad.

Material y método

En 2009 se ha llevado a cabo un estudio prospectivo observacional, de carácter descriptivo y transversal, a través de una encuesta autocumplimentada por un grupo de urólogos españoles en ejercicio involucrados habitualmente en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en su entorno asistencial. El cuestionario planteaba 137 elementos o preguntas directas. Para garantizar la pertinencia de las preguntas y la objetividad de las respuestas, el cuestionario se sometió a la consideración de un grupo de especialistas en la materia, varios de ellos firmantes de este manuscrito, que definieron las preguntas definitivas y claves del cuestionario final. Los especialistas participantes en la realización de las encuestas lo hicieron de manera voluntaria y anónima.

Todas las preguntas se llevaron a cabo intentando que las respuestas fuesen dicotómicas, lo que sucedió en 85 preguntas (62% del cuestionario). Solo 3 preguntas (2,2%) tuvieron más de 4 posibles respuestas, reduciéndose en lo posible la dispersión en el análisis de las respuestas. Las respuestas se estructuraron en 14 apartados temáticos concretos, al final de los cuales se preguntó acerca del grado de interés que el profesional tendría en profundizar en ese tema, obteniéndose un panel comparativo que distingue el interés relativo en función de los rangos de respuesta y los intervalos de confianza de la misma. Se establecen así diferencias relativas entre algunos temas que puedan ser interpretados como de mayor o menor interés[4].

Los 290 especialistas encuestados representan el colectivo profesional urológico involucrado en el abordaje clínico del cáncer de próstata en España. En su definición se tuvo en cuenta el grado de experiencia profesional, el ámbito de trabajo, la relación contractual con el paciente

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

y el carácter académico del centro. La tasa de respuesta recogida y correctamente transcrita de los formularios fue del 96,9% (n = 281). Esta muestra permite efectuar las estimaciones principales del estudio con una precisión suficiente, asumiendo un error máximo de ± 5,8% para un intervalo de confianza del 95% (IC95%) y supuestas las condiciones más desfavorables de distribución de respuestas a variables dicotómicas de encuesta (p = q = 0,5).

Resultados

La edad media de los participantes fue 46,9 ± 9,6 años (mediana: 47; rango: 29-69), y en la distribución por grupos de edad homogénea 258 (91,8%) fueron hombres y 23 (8,2%) mujeres. La edad de las mujeres fue menor (39 años; rango: 29-54) que la de los varones (48 años; rango: 29-69). El tiempo medio de ejercicio fue 19,1 ± 9,5 años (rango: 1-43). Según el tipo de práctica médica 127 (45,3%) trabajaban en un entorno asistencial de primer nivel y 154 (54,7%) en centros especializados. Respecto al tipo de ejercicio 115 (40,9%) trabajaban en sanidad pública, 10 (3,6%) en sanidad privada y 156 (55,5%) en un entorno mixto. No todos los encuestados contestaron todas las preguntas, extrapolándose los resultados para cada pregunta específica al 100% teórico.

Diagnóstico de la enfermedad

En esta sección se trataron aspectos epidemiológicos, la pertinencia del cribado poblacional, el empleo de PSA y otros marcadores, el uso de diversos estudios de diagnóstico por imagen, y la indicación y maneras de llevar a cabo la biopsia prostática. El 64,4% de los encuestados considera que los datos acerca de incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en nuestro entorno deben interpretarse como fiables, y una proporción tan elevada como el 97,9% asume que cabe la posibilidad de mejorar el registro actualmente disponible. Por otro lado, el 64,2% conoce la existencia de algún registro de cáncer de próstata en la comunidad autónoma en la que trabaja.

En lo que respecta a los programas de cribado poblacional, el 49,6% de los profesionales considera necesario llevar a cabo un cribado sistemático del cáncer de próstata, e incluso el 23,2% lo lleva a cabo de forma activa. De hecho, el 65,5% asume que la realización sistemática de PSA puede reducir la mortalidad de la enfermedad. Ahora bien, el 71,1% está de acuerdo en no practicar PSA rutinariamente a personas mayores. Curiosamente solo el 63% informa convenientemente a sus pacientes de los riesgos y beneficios que implica hacerse un PSA. Por otro lado, el empleo rutinario de rangos de PSA (85,4%; IC95%: 81,2-89,3) y de la fracción de PSA libre (89%; IC95%: 84,9-93,1) ha desplazado definitivamente en la rutina asistencial de nuestro país a la densidad del PSA (48,4%; IC95%: 41,6-55,2) como elemento de consideración previo a la indicación de la biopsia prostática (p < 0,001). Respecto a las nuevas modalidades de diagnóstico por imagen, un 34,9% usa FDG-PET, un 19,5% PET-colina en su medio de trabajo y un 75,4% emplea RMN. Solo el 12,8% conoce el estudio multiparamétrico de la próstata mediante RMN endorrectal. El 25,1% emplea de forma rutinaria eco-dúplex. Los marcadores de resorción ósea solo

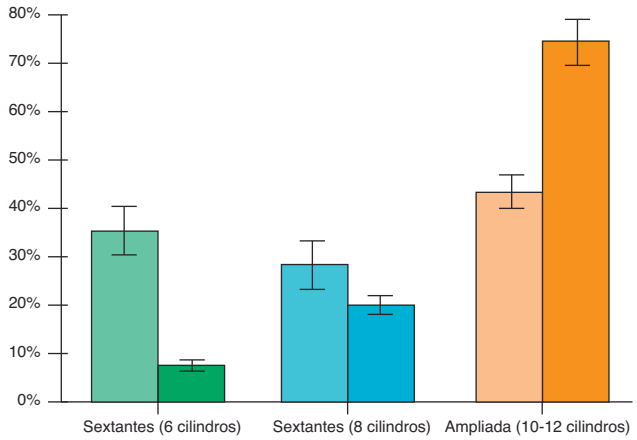

Figura 1 Técnica empleada de biopsia prostática (inicial en color claro, repetida en oscuro).

los emplean el 14,6% de los encuestados. El 38,5% (IC95%: 32,8-44,6) opina que el marcador más prometedor es PC3A, frente al 14,4% (IC95%: 10,6-19,2) que considera para este papel el estudio de metilación de GDPH (p < 0,05).

Respecto a la técnica de realización de la biopsia, ante una biopsia inicial el 32,2% suele llevar a cabo una biopsia por sextantes (6 cilindros), el 26,3% incluye además la zona transicional (8 cilindros) y el 41,5% practica biopsia ampliada (con 10-12 cilindros, según se tome o no muestra de la zona transicional, o más). Ahora bien, cuando se trata de una biopsia repetida, la tasa de urólogos que realiza biopsia por sextantes cae al 7%, la de sextantes con zona transicional al 19,6% y la de biopsia ampliada sube al 73,4% (fig. 1). El 39,7% emplea infiltración con anestesia local y el 20,5% tiene en cuenta la edad del paciente y el volumen prostático para decidir el número de cilindros obtenidos.

Prevención de la enfermedad

El 29,5% de los encuestados cree que es posible llevar a cabo estrategias de prevención farmacológica del cáncer de próstata, y el 21,7% considera que dutasteride es el fármaco apropiado para estas estrategias de quimioprofilaxis. El 32% cree que es posible llevar a cabo estrategias de prevención del cáncer de próstata basadas en el cuidado alimenticio. Se presentan los principales candidatos recomendados de manera no excluyente (fig. 2).

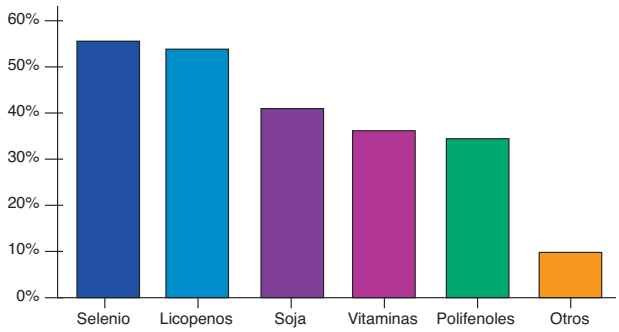

Figura 2 Candidatos considerados para quimioprofilaxis con suplementos alimenticios (sobre 90 encuestados).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

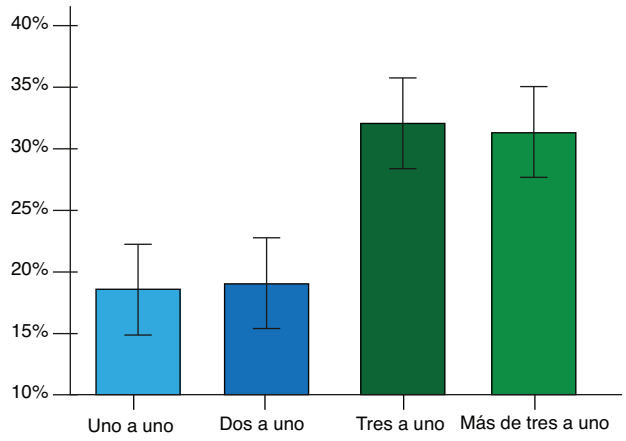

Figura 3 Indicación relativa cirugía/radioterapia en la práctica asistencial de los encuestados.

Tratamiento de la enfermedad localizada

En lo que respecta a la decisión terapéutica principal de la enfermedad localizada, los profesionales tienen en cuenta la edad del paciente (97,1%), la comorbilidad global (92,1%) y el temor a las secuelas (62,5%). El 78,6% ofrece a sus pacientes radioterapia en igualdad de condiciones, pero solo el 18,2% la lleva a cabo de forma equitativa (fig. 3). El 87,5% de los encuestados practican ellos mismos la cirugía. El 72,9% considera la posibilidad de braquiterapia, el 33,6% tratamiento con análogos de LHRH en la enfermedad localizada, el 10% HIFU, el 16,5% crioterapia y el 32,6% actitud expectante (observación) (fig. 4) con criterios dispares para plantear el tratamiento diferido (86,9% elevación de PSA, 12,1% desarrollo de metástasis, 11,4% otros). Para el rescate ofrecen terapia hormonal un 59,6% (IC95%: 52,6-66,2), radioterapia un 32,3% (IC95%: 26,2-39,1) y prostatectomía radical un 20,7% (IC95%: 15,65-26,9), lo que implica marcadas diferencias a favor del bloqueo hormonal diferido ($p < 0,05$).

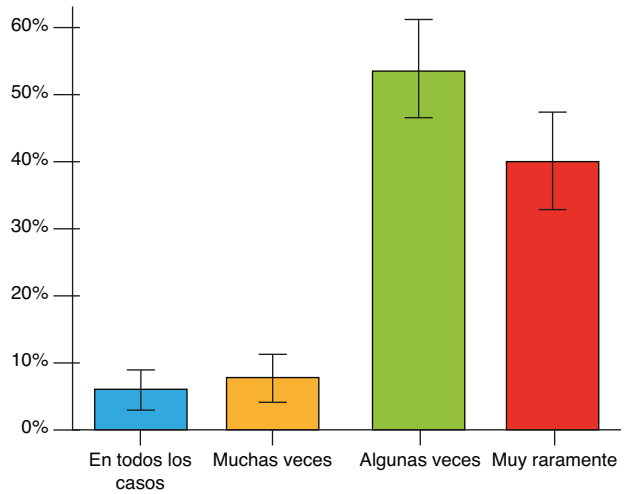

Figura 4 Distribución según frecuencia con la que los profesionales plantean observación en pacientes con cáncer de próstata localizado (sobre 91 encuestados).

Respecto a la técnica quirúrgica, aunque el 76,1% de los encuestados cree en las ventajas de la prostatectomía radical laparoscópica (PRL), solamente el 26,3% la practica de forma rutinaria con diferente frecuencia. El 66,2% de los profesionales que no lleva a cabo PRL refiere estar dispuesto a aprender la técnica. Respecto al abordaje robótico, la diferencia entre lo que el urólogo considera deseable y su realidad práctica es aún mayor, puesto que aunque un 73% de los urólogos encuestados cree en las ventajas de la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLAR), solamente un 1,4% la practica. En lo que respecta al concepto de coste-beneficio el 33% (IC95%: 27,7-38,7) y el 92,1% (IC95%: 88,35-94,74) de los encuestados considera que PRL y PRLAR, respectivamente, son caras con respecto a la alternativa de la cirugía abierta ($p < 0,0001$). El 10 y 38,27% respectivamente consideran que PRL y PRLAR debieran ser costeadas en nuestro sistema sanitario por el propio paciente de manera integral.

En lo relativo a las secuelas derivadas del tratamiento el 85% de los especialistas se definen preocupados por la esfera sexual del paciente con cáncer de próstata. En este sentido, un 88,9% toma en consideración la opinión del paciente respecto a su vida sexual a la hora de decidir acerca del tratamiento de la enfermedad localizada. Incluso en el tratamiento de la enfermedad diseminada el 49,7% considera la opinión del paciente a este respecto hasta el punto de demorar la indicación del tratamiento hormonal si fuese necesario. El 68,6% de los encuestados practica prostatectomía con preservación de los erectores, y el 98,6% de los profesionales participa en la búsqueda del tratamiento que resuelva la secuela (un 56,3% activamente y un 43,7% solo si el paciente lo reclama). El 84,9% está preocupado por la continencia del paciente con cáncer de próstata, hasta el punto de que cuando se presenta esta secuela un 99,3% participa en la búsqueda del tratamiento (un 82,4% activamente y un 17,6% solo si el paciente lo reclama). El 74,3% recomienda siempre ejercicios del suelo pélvico, el 78,4% valora colocar prótesis de esfínter y el 63,9% cabestrillo masculino.

El 68,2% de los encuestados cree que resulta fácil definir recidiva bioquímica, tanto para pacientes intervenidos como para los tratados mediante radioterapia y el 75% considera que esta situación debe tratarse activamente de forma precoz. Las decisiones terapéuticas recogidas varían según se trate de cirugía fallida (36,8% radioterapia, 20,7% hormonoterapia, 42,5% combinación de ambas) o radioterapia fallida (96% hormonoterapia, 2,5% cirugía de rescate y 5,4% crioterapia de rescate). Ningún encuestado eligió tratamiento expectante, ni para pacientes intervenidos ni radiados.

Tratamiento de la enfermedad avanzada

En lo que respecta al bloqueo hormonal el 69,7% (IC95%: 62,1-74,8) prefiere bloqueo androgénico máximo (BAM) frente al 30,3% (IC95%: 26,1-34,5) partidario del bloqueo androgénico simple con análogo de LHRH exclusivamente ($p < 0,001$). En cuanto al momento ideal de inicio del tratamiento hormonal en la enfermedad diseminada, un 89,5% considera apropiado comenzarlo lo más precozmente posible, frente a un 10,5% que considera que debe iniciarse de forma diferida cuando existan datos de progresión o dolor. A la hora de prescribir un análogo de LHRH los encuestados

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

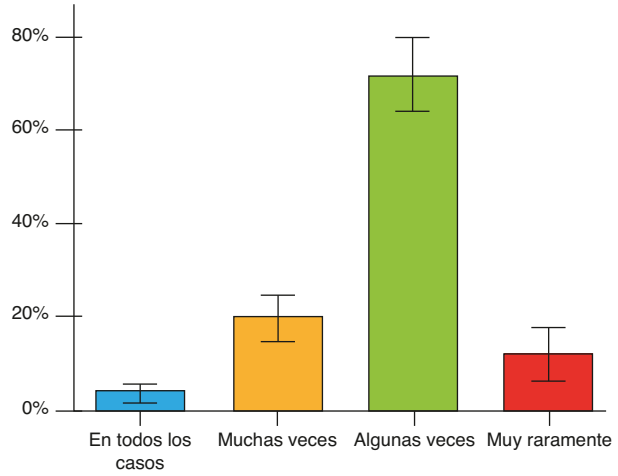

Figura 5 Realidad de uso de hormonoterapia intermitente (sobre 177 encuestados).

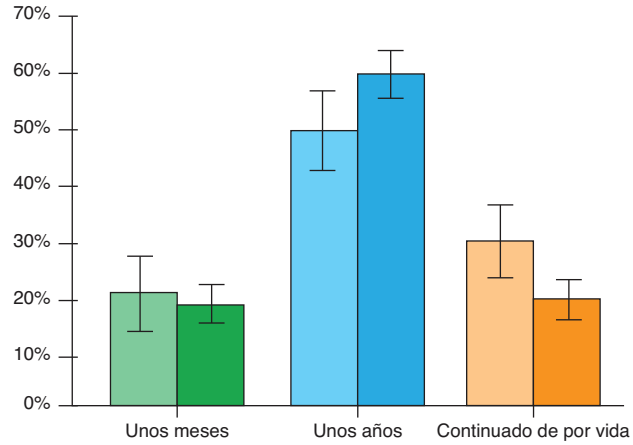

Figura 6 Duración del bloqueo hormonal adyuvante en la enfermedad localmente avanzada (tras cirugía en color claro, tras radioterapia en oscuro).

tienen en cuenta la simplicidad en la administración del preparado (92%), la liberación semestral (87,5%), la facilidad de almacenamiento a temperatura ambiente (81,6%) y el grosor de la aguja (81,65%). El 42% declara que tiene preferencia por un análogo en particular; de ellos el 90,5% declara la preferencia por acetato de leuproleína como molécula eficaz y segura para conseguir deprivación androgénica fiable. La castración quirúrgica de rutina la practica solo el 0,7% y la terapia hormonal intermitente con frecuencia diversa el 63,7% (fig. 5).

En la enfermedad localmente avanzada existen diferencias de uso de tratamiento hormonal neoadyuvante según el tipo de tratamiento definitivo: el 92,8% (IC95%: 89,5-96,1) lo considera de manera sistemática antes de radioterapia, frente al 35,3% (IC95%: 29,2-41,4) antes de cirugía ($p < 0{,}001$). Incluso un 21,3% (IC95%: 16,4-26,1) emplea tratamiento neoadyuvante en tumores aparentemente localizados que van a someterse a cirugía ($p < 0{,}05$). En lo que respecta al empleo de hormonoterapia adyuvante, un 48,9% (IC95%: 43,4-54,4) la consideran tras cirugía en los casos que demuestran ser localmente avanzados en el espécimen histopatológico y el 83% (IC95%: 79,1-86,9%) tras radioterapia para casos de alto riesgo ($p < 0{,}001$). Existe gran variabilidad acerca de cuál es el tiempo apropiado de duración de la hormonoterapia adyuvante (fig. 6).

Para detectar fallos de tratamiento el 82,9% practica controles periódicos de testosterona en pacientes con bloqueo hormonal, aunque un 34,2% solo lo hace ante el incremento de PSA. El 69,9% considera que resulta fácil definir la enfermedad resistente a castración. En esta circunstancia un 45,7% (IC95%: 39,2-52) considera se debe abandonar el bloqueo hormonal, un 78,8% (IC95%: 75,2-82,4) opina que docetaxel y prednisona es el tratamiento más indicado y un 77,6% (IC95%: 72,4-82,8) emplea estrategias de hormonoterapia de segunda línea, aunque solo un 34,4% refiere poseer información actualizada sobre nuevos fármacos que actúan de ese modo. Además, el 45,7% (IC95%: 39,9-51,6) emplea algún bifosfonato de rutina en los pacientes con enfermedad refractaria. Estas prácticas muestran que manipulación homonal secundaria (retirar o añadir antiandrógeno) e iniciar docetaxel con prednisona son actitudes más empleadas que retirar análogo LH-RH o instaurar bifosfonatos ($p < 0{,}001$).

Definición de campos de interés para el profesional

Se recoge mediante escala Likert el grado de interés relativo para cada uno de los principales epígrafes contemplados en la encuesta. La principal utilidad de esta representación es agrupar los puntos de diferente grado de interés según el solapamiento de los intervalos de confianza de los mismos. Este análisis puede apreciarse gráficamente en la figura 7, y de manera relativa en la tabla 1, otorgando niveles de interés del 1 (máximo interés) al 5 (mínimo interés).

Discusión

La variabilidad en la práctica clínica puede venir determinada por desconocimiento de las recomendaciones oficiales, o porque los profesionales implicados en el análisis de las opiniones y pareceres no estén de acuerdo con las líneas teóricas admitidas y recomendadas en los documentos empleados como referencia[5]. Así, de existir desviaciones en los diferentes campos evaluados se analizará su magnitud

Tabla 1 Niveles de interés relativo para los diferentes temas de 1 (máximo) a 5 (mínimo)

1. Desarrollo de nuevas terapias
2. Actitud ante el fracaso bioquímico-Continencia asociada al tratamiento-Epidemiología del cáncer de próstata en España-Cribado poblacional basado en PSA-Optimización técnica de la biopsia
3. Dilemas en la decisión terapéutica del cáncer localizado-Papel actual del bloqueo hormonal
4. Prostatectomía radical laparoscópica-Vida sexual del paciente con cáncer de próstata- Novedades en el diagnóstico por imagen-Novedades en el diagnóstico molecular
5. Prostatectomía radical robótica-Estrategias de quimioprofilaxis

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

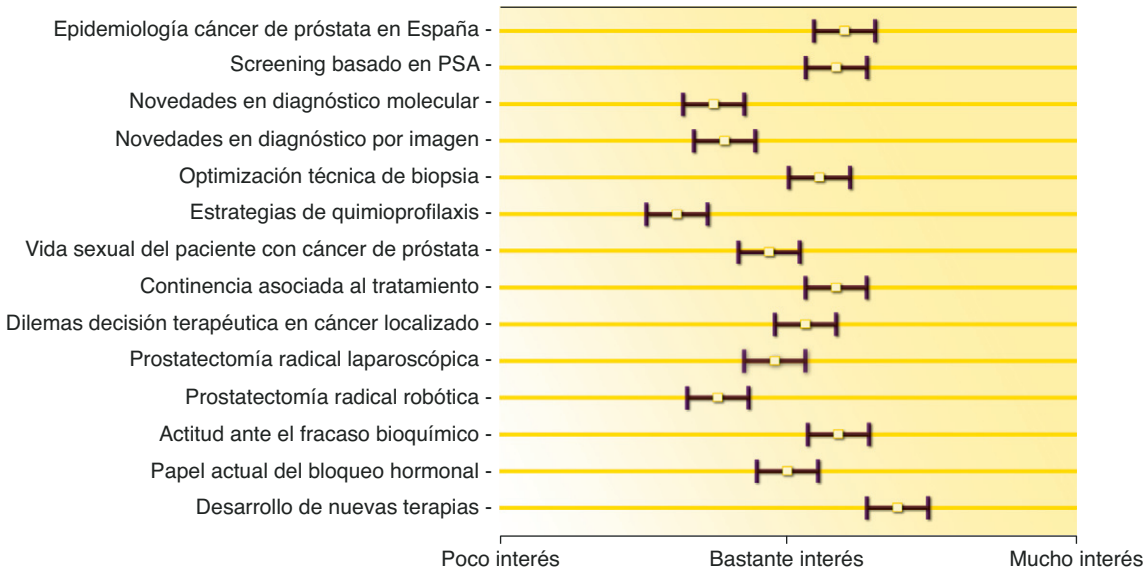

Figura 7 Medianas e intervalos de confianza del grado de interés que despiertan en los encuestados los diferentes temas.

con intención de definir oportunidades de mejora y analizar las necesidades del colectivo urológico nacional representado por los encuestados.

Las guías de práctica clínica son documentos muy sofisticados, por la búsqueda exhaustiva de datos en la literatura y la sistematización de los mismos para el establecimiento de conclusiones. Los aspectos fundamentales en los que se basan actualmente las guías clínicas son la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. La Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de Cáncer de Próstata, editada en 2008 por el Sistema Nacional de Salud[6], la *European Association of Urology Guidelines on Prostate Cancer* (http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines) puesta al día en 2011[7–9] y la *National Comprehensive Cancer Network Guidelines* (http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)[10] son los principales documentos de consenso en nuestro entorno de práctica clínica para esta enfermedad. No se pretende comparar opiniones con recomendaciones, pero sí recoger la variabilidad detectada entre las opiniones mayoritarias y lo que admitimos como consenso, que recoge el sentir de los expertos y la reflexión crítica de la literatura actualizada.

Actualmente se está llevando a cabo, como actividad estratégica de la Asociación Española de Urología, un registro nacional de cáncer de próstata que servirá para tener datos propios y actuales acerca de la prevalencia, incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en España. Este punto se contempla como uno de los temas de mayor interés relativo para los encuestados. La optimización técnica de la biopsia de próstata es otro de los puntos clave en el apartado del diagnóstico de la enfermedad. El criterio empleado se ajusta a un patrón racional, que tiene en cuenta si se trata de biopsia inicial o repetida y, en menor medida, el volumen prostático y la edad del paciente. Poco interés supone en los encuestados el desarrollo de nuevos marcadores y técnicas de diagnóstico por imagen. PCA3 podría tener utilidad para identificar cáncer en varones con biopsias inicialmente negativas a pesar de un PSA elevado[11]. También son prometedores la detección de genes de fusión TMPRSS2-erg o el estudio de metilación anómala de promotores de diversos genes en el sedimento de orina obtenido después de un masaje prostático[12,13]. El estudio multiparamétrico de la próstata mediante RMN con antena endorrectal está también infraconsiderado[14]. Todos estos temas son de escaso interés para los especialistas en nuestro entorno.

La encuesta recoge los aspectos en los que se basa la decisión terapéutica ante un paciente con cáncer de próstata localizado, teniendo en cuenta un balance entre el hipotético beneficio en resultados a favor de la cirugía y la diferente severidad de las secuelas y riesgos, edad y comorbilidad, a favor de la radioterapia. Se describen las prácticas de tratamiento expectante para cáncer localizado en nuestro entorno, así como las proporciones relativas para cirugía, radioterapia, braquiterapia, crioterapia, HIFU e incluso bloqueo hormonal en estos pacientes. La aún baja penetración de la PRL, en proporción 1:3 frente a cirugía abierta, se pone una vez más en evidencia[15]. Los profesionales aprecian las ventajas de esta, y más aún de la PRLAR, aunque son muy conscientes de las implicaciones económicas que estos abordajes suponen. La preocupación por las cuestiones relativas a la calidad de vida de los pacientes es muy alta. La cirugía con preservación de la erección es uno de los puntos de especial interés para el profesional sanitario, y constituye una de las áreas de mejora constante en el manejo de estos pacientes. También lo es el manejo adecuado del paciente con recidiva bioquímica tras cirugía o radioterapia fallidas.

Los datos relativos al empleo de bloqueo hormonal son muy interesantes. El profesional encuestado apoya mayoritariamente el BAM frente a la monoterapia con análogo de LHRH, tratamiento hormonal precoz y el empleo de tratamiento hormonal neoadyuvante y adyuvante para pacientes intervenidos, y mucho más para los que se orientan a radioterapia. Resulta curioso conocer cómo existen también marcadas preferencias respecto a las características inherentes al preparado y propiedades de las diferentes formas de análogos de LHRH[16]. Por primera vez se describen las prácticas de bloqueo hormonal intermitente en nuestro país.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

El punto de principal preocupación es el desarrollo de nuevas terapias por cáncer de próstata. Posiblemente los profesionales perciban su papel en el advenimiento de nuevas formas de manipulación hormonal secundaria, y sean conscientes de su papel cada día más importante en la decisión terapéutica en todas las fases de la enfermedad, incluido el cáncer de próstata resistente a castración[3,17]. Por el contrario, el punto de menor preocupación revelado en esta encuesta lo constituye la cirugía robótica y la prevención de la enfermedad.

En resumen, esta encuesta demuestra una importante variabilidad en algunos puntos de la práctica clínica con respecto a las recomendaciones de expertos[7–10], pone en evidencia las principales preocupaciones del profesional, define oportunidades de mejora formativa y detecta necesidades en el colectivo urológico nacional.

Financiación

Proyecto avalado por la Asociación Española de Urología y realizado gracias a la financiación de Abbott Laboratories S.A., con el apoyo de la empresa Luzán 5 S.A.

Conflicto de intereses

La encuesta UROQUEST, que sustenta este trabajo, fue realizada por Luzán 5 S.A. bajo el auspicio de Abbott Laboratories S.A., tomando la opinión de una muestra de urólogos basada en su ejercicio profesional.

Los resultados derivados de la misma han sido analizados críticamente por los Dres. Carlos Núñez, Javier Angulo, Manuel Sánchez-Chapado, José Antonio Portillo y Humberto Villavicencio, sin conflicto de intereses alguno y sin haber percibido honorarios por la realización de este trabajo.

La Dra. Sara Alonso trabaja en el Departamento Médico de Abbott Laboratories SA, España.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Rafael Alonso su ayuda en la elaboración de la iconografía.

Bibliografía

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin. 2008;58:71–96.
2. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Quaderns de Salut Publica i Administració de Serveis de Salut 1. Valencia: Escola Valenciana d'Estudis per la Salut; 2003.
3. Gómez-Veiga F, Alcaraz-Asensio A, Burgos-Revilla J, Cózar-Olmo JM. Avances en uro-oncología OncoForum: lo mejor del 2010. Actas Urol Esp. 2011;35:315–24.
4. Goodman LA. Snowball Sampling. Ann Math Stat. 1961; 32:148–70.
5. Cózar-Olmo JM, Hernández-Fernández C, Miñana-López B, Amón-Sesmero JH, Montlleó-González M, Rodríguez-Antolín A, et al. Consenso experto sobre el impacto de la nueva evidencia científica disponible sobre Hiperplasia Benigna de Próstata. Actas Urol Esp. 2012;36:265–275.
6. Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de Cáncer de Próstata. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
7. Heindenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata. Parte I: cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. Actas Urol Esp. 2011;35:501–14.
8. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata. Parte II: tratamiento del cáncer de próstata avanzado, recidivante y resistente a la castración. Actas Urol Esp. 2011;35: 565–79.
9. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, et al. Clinical Guidelines on prostate cáncer. European Association of Urology 2010. Disponible en: http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines/
10. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines Version 4.2011. Prostate Cancer. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
11. Rubio-Briones J, Fernández-Serra A, Ramírez M, Rubio L, Collado A, Casanova J, et al. Resultados del uso expandido del PCA3 score en una población española con sospecha de cáncer de próstata. Actas Urol Esp. 2011;35:589–96.
12. Fernández-Serra A, Rubio-Briones J, García-Casado Z, Solsona E, López-Guerrero JA. Cáncer de próstata: La revolución de los genes de fusión. Actas Urol Esp. 2011;35:420–8.
13. Cairns P, Esteller M, Herman JG, Schoenberg M, Jeronimo C, Sanchez-Cespedes M, et al. Molecular detection of prostate cancer in urine by GSTP1 hypermethylation. Clin Cancer Res. 2001;7:2727–30.
14. Hoeks CM, Barentsz JO, Hambrock T, Yakar D, Somford DM, Heijmink SW, et al. Prostate cancer: multiparametric MR imaging for detection, localization, and staging. Radiology. 2011;261:46–66.
15. Cabrera P, Hernández E, Núñez C, Cáceres F, Caballero F, Angulo J. Perfil descriptivo de la práctica laparoscópica actual en la Urología española. Rev Urol. 2009;10:217–23.
16. Vilar-González S, Maldonado-Pijuan X, Andrés-García I. ¿Se ha de asumir el efecto de clase farmacológica entre los diferentes análogos de la hormona liberadora de la hormona luteinizante usados en el tratamiento del carcinoma de próstata? Actas Urol Esp. 2010;34:749–57.
17. Alcaraz A, Medina R, Maroto P, Climent MA, Castellano D, Carles J. Cáncer de próstata resistente a la castración: ¿hacia dónde vamos? Actas Urol Esp. 2011;36:367–74.